

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 16.

Warszawa d. 20 Kwietnia 1907 r.

T. XXXV.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —
 { półrocznie . . . „ 3. „ — { pocztową { półrocznie . . . „ 3 „ 50

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnym pismem lub za jego miejsce kop. 10.

Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“, Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metzl i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Nowo-Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O nowoczesnem leczeniu operacyjnem porażen dziecięcych pochodzenia rdzeniowego. Napisał Antoni Leśniowski. — Dwa przypadki nagłej śmierci u ssawców. Podał A. Koral. — Jeszcze z powodu t. zw. „Krzywicy młodzieńczej“. Podał Władysław Sterling. — Z Towarzystwa Lekarskiego. Posiedzenie Ginekologiczne z dnia 22 lutego 1907 r. — Ruch chorych w szpitalu miejskim Św. Stanisława za czas od 14 lutego do 14 marca b. r. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux médecins-praticiens.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) Dr A. Leśniowski. — Sur le traitement opératoire moderne des paralysies infantiles d'origine rachidienne. 2) Dr A. Koral. — Deux cas de mort rapide chez les nourrissons.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

„MEDYCYNĄ

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Sommaire des articles originaux: 1) Dr A. Leśniowski. — Ueber die moderne operative Behandlung der infantilen Paralysis medullären Ursprungs. 2) Dr A. Koral. — Zwei Fälle von plötzlichem Tod bei Säuglingen.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

PRACE ORYGINALNE.

O NOWOCZESNEM LECZENIU OPERACYJNEM porażen dziecięcych pochodzenia rdzeniowego.

napisał

Antoni Leśniowski.

podług odczytu, wygłoszonego na posiedzeniu klinicznym
Towarz. Lekarsk. Warszawskiego w d. 5. II. 1907.

Nowoczesne operacyjne leczenie t. zw. porażen dziecięcych pochodzenia rdzeniowego nie było dotychczas rozważane w naszym Towar-

zystwie na wspólnem posiedzeniu rozmaitych specjalistów, ani też było dość wyczerpująco i dość często poruszane w piśmiennictwie polskiem. Ztąd prawdopodobnie pochodzi, że leczenie to nie jest dotychczas wystarczająco spularyzowane wśród ogółu naszych lekarzy. Dzięki temu gdzieindziej, zagranicą, omawiane leczenie cieszy się już powszechnem zasłużonem uznaniem, u nas zgłaszają się do chirurgów o pomoc operacyjną zaledwie pojedyncze jednostki z porażeniami dziecięcymi. Celem dzisiej-

szego przemówienia jest właśnie spopularyzowanie w mowie będącego leczenia porażen dziecięcych wśród lekarzy-niechirurgów.

Zacznę od przypomnienia Sz. Panom w kilku wyrazach obrazu klinicznego oraz zmian anatomo-patologicznych, spostrzeganych w ustroju w przebiegu oraz w następstwie t. zw. *poliomyelitis acuta anterior s. paralysis infantilis spinalis* zapalenia przednich rogów rdzenia ostrygo czyli porażenia dziecięcego rdzeniowego, by z pomocą ustalenia pewnego szeregu faktów zbudować wskazania do chirurgicznego ew. ortopedycznego postępowania.

Zajmująca nas dziś choroba została opisana po raz pierwszy przez Jakóba HEJNE'go w r. 1840.

Ulegają jej przeważnie dzieci, najczęściej w 2—3 roku życia, aczkolwiek zapadają na nią i ludzie dojrzały. Jest to choroba ostra, zakaźna; przeważnie spostrzega się, jako cierpienie samciśne, pierwotne, rozwija się również w przebiegu lub po innych chorobach zakaźnych, jakoto po płonicy, odrze, ospie i t. p. Nowszymi czasami udało się wywołać w rdzeniu zwierząt zmiany anatomo-patologiczne, właściwe dla omawianego cierpienia, wprowadzając do ustroju zwierzęcia drobnoustroje tyfusowe, Löflerowskie i inne.

Choroba zjawia się nagle, wśród objawów ogólnego cierpienia gorączkowego. Ciepłota ciała dosięga 39°—40° C., zjawiają się wymioty, często—drgawki, ból głowy. Czasami spostrzega się zaćmienie świadomości, zwężenie źrenic.

Po upływie 1—2—3 dni ciepłota ciała obniża się, jednocześnie zjawiają się jaknajbardziej niespodziewanie dla otoczenia porażenia ruchowe. Porażenie dotyczy już to wszystkich 4 kończyn, często — tylko dolnych lub też górnych i dolnych w rozmaitej kombinacji.

Wreszcie spostrzegano i porażenia mięśni szyi, tułowia. Rozległość porażenia dosięga szczytu w przeciągu bardzo krótkiego czasu, nieraz paru do kilku godzin. Mięśnie, dotknię-

te porażeniem, są zawsze wiotkie; w bardzo prędkim tempie, bo już w końcu pierwszego tygodnia choroby ulegają one zwyrodnieniu. Dziecina czucia, czynność pęcherza moczowego i odbytncy pozostają zachowane.

Dalszy przebieg sprawy chorobowej jest nie mniej charakterystyczny. Rozległość porażen od pewnej chwili zaczyna zmniejszać się i to tem bardziej, im bardziej rozległe było porażenie początkowe. Zaczynają odzyskiwać czynność coraz to nowe grupy mięśni w ten sposób, że początkowo posuwa się odzyskiwanie czynności szybko, następnie coraz powolniej, trwa tygodnie, nieraz miesiące.

Z zachowaniem się pobudliwości elektromotorycznej staje się możliwem już w początku choroby robić wnioski o ostatecznej rozległości porażen mięśniowych. Mięśnie, które w ciągu pierwszego tygodnia choroby nie utraciły całej pobudliwości faradycznej, lub też wkrótce ją odzyskują, odzyskują i ostateczną swą czynność. W mięśniach, uległych porażeniu, zaznacza się w bardzo prędkim czasie mniej lub bardziej wybitny zanik dostępnym dla oka. W pewnych przypadkach zanik bywa zamaskowany przez nadmierny rozwój tkanki tłuszczowej w porażonej kończynie.

Ostatecznie po upływie rozmaicie długiego okresu czasu następuje okres objawów stałych; porażenie ostateczne zarysowuje się wówczas w całej rozciągłości, poprawy nie widzi się już najmniejszej. Porażonemi pozostają już to kilka kończyn całkowicie, już to jedna tylko, już to tylko pojedyncze grupy mięśni, najczęściej o jednakowej czynności, a więc już to zginacze, już to rozginacze i t. d. Czasami pewna kończyna jest porażona całkowicie, na innej — pewne tylko grupy mięśni pozostają porażonemi.

W jeszcze dalszym okresie cierpienia dają się spostrzegać prócz ostatecznie zarysowanych porażen i zaników mięśniowych i inne zmiany odżywcze. A zatem już — to cała kończyna, już — to pewna część tejże nie wzrasta, staje się co-

raz mniejszą od drugostronnej zdrowej. Skutkiem porażenia pewnych grup mięśniowych, i następczego przykurczenia mięśni — antagolistów, odpowiednie stawy na stałe pozostają w pewnem nieprawidłowem ustawieniu; dzięki temu końce stawowe kości ulegają zniekształceniom, dziecko staje się w coraz większym stopniu kaleką. Na ogół — kości porażonej kończyny stają się cienkie, kruche, mięśnie zamieniają się na tkankę łączną, skóra jest stała zimna, sinicowa. Zawdzięczając upośledzeniu odżywiania, tkanki porażonej kończyny łatwo stanowią *locus minoris resistentiae* dla wszelkich szkodliwości.

Bardzo rzadko spostrzega się zupełne zniknięcie porażen, również rzadko choroba prowadzi bezpośrednio do zejścia śmiertelnego.

Z powyższego widać, że, schematyzując, możemy w przebiegu zajmującego nas cierpienia wyodrębnić trzy okresy. Z nich pierwszy przebiega ostro, z gorączką, charakteryzują go zjawiające się porażenia mięśni. Drugi — jest to okres częściowego i stopniowego znikania porażen; trwa on rozmaicie długo — kilka tygodni do kilku miesięcy. W okresie trzecim znajdujemy ostatecznie ujawnione porażenia pierwotne i wzrastające zaniki i zniekształcenia wtórne.

Przejdźmy obecnie do zmian anatomicopatologicznych w rdzeniu, spostrzeganych w przebiegu cierpienia. Nie będę przytaczał historycznego rozwoju poglądów na istotę zmian, znajdujących w rdzeniu, ograniczę się do dziś panujących.

W okresie początkowym, ostrym choroby widzi się najmocniej zarysowane zmiany chorobowe w przednich rogach substancji szarej. Przy pomocy mikroskopu znajdujemy największe zmiany w naczyniach krwionośnych: rozszerzenie i nastrzyknięcie naczyń włosowatych, ich bujanie. W ścianach naczyń krwionośnych i dookoła tychże obfite nagromadzenie drobnych komórek. Komórki nerwowe w ognisku chorobowem są również zmienione: protoplazma mę-

nieje, pęcznieje, staje się drobnoziarnistą, jądro widzi się niewyraźnie, wyrostki giną; na ostatku komórki rozpadają się całkowicie. Włókna nerwowe w okolicy, dotkniętej sprawą chorobową, ulegają zniszczeniu. Jednocześnie zjawiają się w dużej liczbie komórki tłuszczonośne.

Przytoczone zmiany chorobowe znajduje się umiejscowione najczęściej w zgrubieniu rdzenia lędźwiowem, rzadziej — w szyjowem, czasami — wieloogniskowo. Zajmują one mniej lub bardziej cały róg przedni jednej lub obu połów rdzenia, tylne rogi podlegają sprawie chorobowej, w niedużym stopniu, natomiast pewna warstwa substancji białej, sąsiadująca z istotą szarą, ulega sprawie rozpadowej.

W dalszym ciągu sprawy zaczyna się okres zmian następczych. Masy rozpadowe, powstałe wskutek zwyrodnienia i rozpadu komórek i włókien nerwowych, ulegają powolnemu wchłonięciu. W miejscu ich buja swobodnie i nadmiernie neurogleja.

Po upływie dłuższego okresu czasu znajduje nieuzbrojone oko w miejscu wygasłej sprawy chorobowej — znakomite zmniejszenie odpowiedniego rogu przedniego substancji szarej. Pod mikroskopem spostrzegamy, że w miejscu tem liczba komórek nerwowych jest znacznie zmniejszona, są one w stanie zaniku, lub brak ich zupełny. Włókien nerwowych bardzo mało, neurogleja obfita. Ściany naczyń krwionośnych grube, nacieczone. Korzenie przednie, odpowiadając odcinkowi rdzenia chorobowo zmienionemu, w stanie zaniku rozmaitego stopnia.

Zgodnie z nowszymi poglądami, sprawę w rdzeniu należy uważać za następstwo zmian, zachodzących w ścianach gałęzi tętnicy ośrodkowej rdzenia przedniej na tle zakażenia.

Na mocy powyższego opisu przebiegu klinicznego choroby oraz obrazu anatomicopatologicznego w rdzeniu możemy ustalić kilka następujących faktów.

Po upływie rozmaicie długiego okresu czasu dociera choroba do takiego stadyum, gdy ca-

łe kończyny lub pewne grupy mięśni już na stałe pozostają porażonemi, zaś w następstwie porażen poczynają rozwijać się postępujące zaniki i zniekształcenia; pierwotne kalectwo z biegiem czasu coraz bardziej zyskuje na natężeniu. W tym samym czasie mamy w rdzeniu następujące stale, nie dające się w jakikolwiek sposób cofnąć się zmiany: zniknięcie w przednich rogach rdzenia pewnej liczby komórek nerwowych, pewnej liczby neuronów obwodowych rucho- wych: korzeni przednich + nerwów obwodowych.

Stosownie do rozmaitych okresów ostrego zapalenia przednich rogów rdzenia uciekamy się do rozmaitego postępowania leczenia.

W okresie pierwszym należy chore dziecko wyłącznie i niepodzielnie bądź to do specjalisty chorób wieku dziecięcego, bądź to do neurologa. Nie mam zamiaru zastanawiać się nad leczeniem, przez nich stosowaniem, gdyż nie wkracza ono do dziedziny leczenia mechanicznego. Być może, w pewnych przypadkach należałoby zastosować nakłucie lędźwiowe, co- raz częściej wykonywane obecnie w przebiegu cierpień mózgowo-rdzeniowych.

W drugim okresie choroby już zacho- dzi potrzeba leczenia mechanicznego. Pamię-amy, że porażenia, jakie zjawiają się w pierw- szej chwili, nigdy nie pozostają na zawsze w pierwotnej swojej objętości; przeciwnie, znikają one z rozmałą szybkością. Groźny na razie obraz chorobowy kurczy się znakomicie, pozo- stają porażenia tylko pojedynczych grup mię-śniowych, zmiany wtórne w pojedynczych sta-stawach.

Nigdy jednak nie mamy możności przewi- dzieć, jakie będą ostateczne losy każdej z grup mięśniowych, tak licznie na razie porażonych. Wiemy, że stopniowe samoistne znikanie pora-żeń trwa kilka miesięcy do roku. O ile w prze- ciągu tego czasu zajmiemy stanowisko bierne,

pozostawiając dziecię swojemu losowi, o tyle skutkiem bezczynności i zaburzeń troficznych ulegają postępującemu zanikowi zarówno mięs- nie, porażone bezpowrotnie, jak i mięśnie, któ- rym sądzono odzyskać czynność. Następnie mięśnie nieporażone, nie napotykając przeciw- wagi, kurczą się coraz bardziej, utrzymują od- powiedni staw w ustawieniu nieprawidłowem i w ten sposób przyczyniają się do stałego znie- podobnienia końców stawowych kości. Powsta- waniu tego rodzaju zniekształceń stawowych, głównie na kończynach dolnych, dzielnie dopo- maga opadanie porażonej części kończyny wsku- tek własnego ciężaru, stały ucisk, wywierany na porażoną część przez ciężką koldrę w czasie leżenia chorego dziecka w łóżku, obarczenie po- rażonego stawu ciężarem całego ciała podczas chodzenia.

Postępowanie mechaniczne, zastosowane dość wcześnie, pozwala skutecznie zapobiedz wykazanim powikłaniom.

Umiejętnie stosowana elektryzacja mięśni może wzmocnić te mięśnie, które na skutek za- szłych zmian w rdzeniu uległy tylko częściowe- mu porażeniu. Należy unikać takich prądów, któreby wywoływały podrażnienie przeważnie mięśni — antagonistów i sprzyjały w ten spo- sób wzmaganiu się zniekształcenia.

Działanie galwanizacji wzmacnia się mię- sieniem i gimnastyką. Do stosowania gimnasty- ki, szczególnie, gdy mamy porażone duże stawy, i już istnieją znaczne zniekształcenia, nadają się specjalne przyrządy t. zw. wahadłowe, np. po- myśłu KRUKENBERG'a. Do podniesienia ogólne- go odżywiania, a zatem i żywotności porażonych okolic ciała dopomagają ciepłe wanny, połą- czone z następczem nacieraniem lekami, umiar- kowanie drażniącymi, jako to — spirytusami.

Powstawaniu nieprawidłowego ustawienia porażonego stawu zapobiegamy, dając choremu dziecku podtrzymujący przyrząd gільzowy. Nie będę opisywał nawet głównych typów tego ro- dzaju przyrządów; życzących poznać je odsy-

łam do traktatów ortopedycznych. Dodać muszę, że winny one być wykonane bardzo dokładnie, na odlewie z chorej kończyny. Wówczas są one w stanie utrzymać chory staw w należytem ustawieniu, poza tem pozwalają możliwie wczesnie rozpocząć wstawanie i chodzenie, ew. wykonywać inne czynności, co jest wysoce pożądane. By zapobiedz uciskowi, wywieranemu na porażoną część kończyny przez ciężką kołdrę, wstawiamy pod kołdrę pałąkowatą podpórkę.

Możemy znaleźć się wobec przypadku, od początku zaniedbanego, a zatem z rozwiniętym zanikiem porażonych i nieporażonych mięśni, z przykurczeniami, z mniej lub bardziej zniekształconymi stawami, lecz jeszcze przed upływem owego prekluzyjnego terminu. Oczywiście, postąpimy tak samo, jak wyżej, a zatem zastosujemy elektryzację, mięsienie, ćwiczenia gimnastyczne, redresę stawów, wreszcie zastosujemy przyrządy ortopedyczne do utrzymania stawów w należytem ustawieniu.

Lecz oto dziecię wkracza w trzeci okres choroby. Już upłynęły owe zapowiedziane 9, ew. 12 miesięcy. Zmiany chorobowe w rdzeniu zmniejszyły się do minimum. Pewne grupy komórek w przednich rogach znikły bezpowrotnie, odpowiednie włókna nerwowe powoli znikają. Spostrzegamy maximum poprawy samoistnej, której wogóle mogliśmy spodziewać się. Porażenia, jakie pozostały, są to porażenia ostateczne i bezpowrotne. Wobec tego co należy przedsięwziąć?

Postępowanie nasze winno być zastosowane do rozmaitych stopni porażenia, stwierdzonych w tym lub owym stawie. Pod tym względem rozróżniamy dwie główne możliwości. Po pierwsze, wszystkie grupy mięśni, wprowadzających w ruch dany staw, uległy zupełnemu porażeniu. Powtórę, bezwładne są bądź to pojedyncze jednostki mięśniowe, bądź to tylko pewne grupy, jakoto: zginacze, rozginacze i t. d., zaś pozostałe mięśnie tegoż stawu zachowa-

ły swą sprawność mniej lub bardziej doskonałą. Dawniejszymi czasy zarówno w pierwszym, jak i drugim przypadku uciekano się wyłącznie do przyrządów ortopedycznych. Nowszymi czasy postępowanie lecznicze stało się tu bardziej urozmaiconem.

Zacznijmy od przypadków drugiej kategorii, a więc przedstawiających porażenia częściowe.

Od r. 1881 zaczęto stosować w tego rodzaju przypadkach t. zw. przeszczepianie ścięgien. Wprawdzie już o wiele wcześniej, bo w r. 1770, MISSA wykonał zespolenie ścięgien w przypadku przeciętego ścięgna, zaś TILLAUX w r. 1869, DUPLAY w r. 1836.

Lecz pierwszym był NICOLADONI, który w wyżej wspomnianym 1881 r. zespolił ścięgno mięśnia czynnego ze ścięgnem mięśnia porażonego w przypadku porażenia dziecięcego rdeniowego.

Wynik tej operacji nie był zadawalający, przeto nie znalazła ona na razie naśladowców.

Dopiero DROBNIK szeregiem pomyślnych wyników, ogłoszonych w r. 1892 i następnych, zwrócił uwagę szerszego ogółu chirurgów na zabieg, w mowie będący, i wywalczył dlań prawa obywatelstwa.

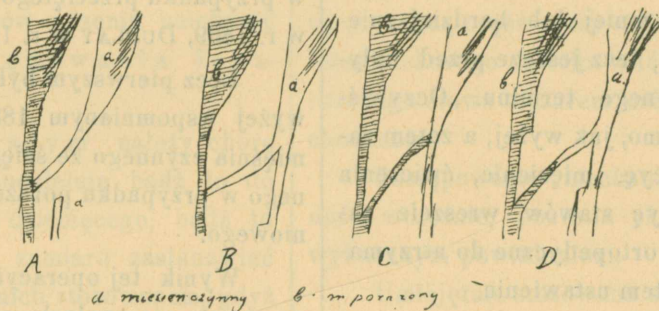
Przeszczepianie ścięgien wykonywa się w sposób dwojaki. Sposób dawniejszy miał na celu przywrócenie czynności częściowo porażonemu stawowi z pomocą zespolenia mięśnia porażonego z mięśniem czynnym. Mianowicie, w pewnej kategorii przypadków wśród ocalałych mięśni znajdujemy takie, których czynność jest na ogół drobna, małoważna. Ścięgno tego mięśnia przecinamy i ośrodkowy koniec ścięgna zszywamy ze ścięgnem mięśnia porażonego o czynności daleko większej wagi. Fig. N. I. A. (p. str. 277). Dla przykładu przytoczę przypadek, w którym obok porażonego rozginacza palców stopy mamy czynny rozginacz palucha długi. Ten ostatni śmiało

możemy poświęcić dla odzyskania sprawności rozginaacza palców. Tego rodzaju postępowanie nosi miano całkowitego przeniesienia czynności (Totale Funktionsübertragung).

Gdy takich małoważnych mięśni w spotrzanym przypadku nie mamy, co zdarza się najczęściej, natenczas musimy dla naszych celów spożytkować czynne mięśnie częściowo. Jakoż przecinamy ścięgno mięśnia czynnego podłużnie. Jedną część tak podłużnie rozszepionego ścięgna przecinamy jaknajniżej po-

brzusca tegoż, otrzymujemy poniekąd 2 nowe mięśnie, z których każdy na drodze odpowiednich ćwiczeń może pozyskać samoistną, niezależną czynność. Natomiast obwodowy koniec mięśnia porażonego, zespolony z nierozszczepionym ścięgnem mięśnia czynnego, porusza się tylko biernie wraz z poruszającym się ścięgnem mięśnia czynnego.

(C. d. n.).



przecnie i taki płat ścięgowy zespalamy ze ścięgnem mięśnia bezwładnego. Jest to przeszczepienie zstępujące (absteigende Sehnenüberpflanzung) Fig. N. I B. W innym przypadku rozszczepiamy ścięgno mięśnia porażonego i obwodowy koniec jego zszywamy ze ścięgnem mięśnia czynnego (aufsteigende Sehnenüberpflanzung) Fig. N. I C. W jeszcze innych przypadkach ośrodkowy koniec ścięgna mięśnia czynnego zespalamy z obwodowym końcem ścięgna m. porażonego (beiderseitige Sehnenung) Fig. N. I D. Ten rodzaj przeszczepienia ścięgien nosi miano podziału czynności (Funktionstheilung). Z wymienionych rodzajów częściowego przenoszenia czynności zaleca się najbardziej przeszczepienie zstępujące, albowiem w przypadku pomyślnego zejścia operacyi, szczególnie, jeżeli wraz z płatem ścięgowym mięśnia czynnego rozszczepiliśmy i część

DWA PRZYPADKI NAGŁEJ ŚMIERCI u ssawców.

Podał

A. Koral

Ordynator szpitala dla dzieci w. m. imienia Bersohnów
i Baumanów.

Jakkolwiek przypadki nagłej śmierci u małych dzieci zdarzają się w praktyce pedyatrycznej względnie nierzadko, jednakowoż oględziny pośmiertne niemal zawsze wykazują pewne zmiany w tym lub owym narządzie, będące niejako pośrednią przyczyną nieoczekiwanego a szybkiego zgonu dziecięcia. Tak np. w przebiegu zapalenia drobnych oskrzeli lub w zapaleniu płuc u małych dzieci śmierć nastąpić może w chwi-

li, kiedy, zdawałoby się, ani stan podmiotowy, ani też badanie fizyczne nie nasuwa na razie myśli o fatalnym wyniku. Również i w przebiegu chorób zakaźnych, jak błonica, płonica i t. p., śmierć szybka nastąpić może wskutek zapalenia mięśnia sercowego i porażenia serca. Istnieje również w tym wieku pewna choroba, która w każdej chwili przy jednym z ataków zagrażać może zaduszeniem dziecka wskutek gwałtownego skurczu głośni (*spasmus glottidis*), o czym lekarz obowiązany jest zawczasu otoczenie uprzedzić: jestto t. zw. *laryngismus stridulus*, niesłusznie przez dawnych autorów opisywany jako *asthma thymicum*. Wreszcie w rzadkich bardzo przypadkach nagła śmierć nastąpić może u dziecka przy silnych wymiotach wskutek aspiracji zawartości żołądka.

Nie o podobnych jednak przypadkach pragnąłbym na tem miejscu pomówić, lecz o takich jedynie, w których śmierć nastąpiła niespodzianie u dzieci napozór zupełnie zdrowych, a przynajmniej dotkniętych tak nieznacznym cierpieniem, że niepodobieństwem byłoby przypisać temuż bezpośrednią przyczynę katastrofy.

Kwestya omawiana poruszana była niejednokrotnie w ostatnim trzydziestoleciu, zarówno w piśmiennictwie, jak i na zjazdach lekarskich.

Z liczby prac — kazuistycznych i ogólniejszych — dotyczących nagłej śmierci u małych dzieci, przytoczę tu nazwiska autorów, jak: MARFAN, POTT, GRAWITZ, BAGINSKY, SWEHLA, BERTHOLD, GANGHOFNER, SCHEDE i inni. Bądź co bądź, liczba tych przypadków, zanotowanych w literaturze, była względnie niewielka ¹⁾. Do liczby tej dodać mogą dwa przypadki, spostrzegane przezemnie, o czym pomówię poniżej, poprzedzając je dla dokładniejszej ilustracji przedmiotu kilkoma przypadkami z odnośnej litera-

tury — zwłaszcza takimi, w których dokonano oględzin pośmiertnych.

BERTHOLD ²⁾ przytacza następujący przypadek, spostrzegany przez THOMAS'a. Dziecko 4 miesięczne oddane było do szpitala z powodu lekkiego wyprysku, wyleczonego w ciągu 4 dni. Ostatniego dnia pobytu w szpitalu dziecię było nieco niespokojne, mimo to wypilo z apetytem mleko, którego nie zwymiotowało. W dwie godziny później poczęło ono stękać; termometr założony *in rectum* wykazał 42,2°, lecz jeszcze podczas mierzenia ciepłoty niemowlę zmarło nagle bez uprzednich drgawek. Sekcja wykazała nader powiększoną grasicę (*hyperplasia gl. thymi*) oraz nieznaczne obrzmienie śledziony.

KOPP ³⁾ opisuje przypadek następujący: chłopiec, 7½ miesiąca liczący — blade, lecz zresztą zdrowy, obudziwszy się po 2 godzinnym śnie, usiadł nagle w łódeczku, oczy wywrócił i padł martwy. Przy sekcji znaleziono znacznie powiększoną grasicę (6,4 ctm. dług. 6,7 ctm. szer., 2 ctm. grub. i 52 grm. wagi), oprócz tego obrzmienie gruczołów chłonnych naokoło tchawicy i oskrzeli, wreszcie obrzmienie gruczołów krezkowych oraz blaszek PEYER'a — czyli cierpienie ustrojowe, nazwane przez PALTAUF'a limfatyczno-chlorotycznym (*status lymphatico-chloroticus*), w którym to cierpieniu według tegoż KOPP'a i PALTAUF'a najczęściej zdarzają się przypadki nagłej śmierci.

GRAWITZ ⁴⁾ podaje następujący przypadek. Kilkomiesięczne zupełnie napozór zdrowe niemowlę siedziało na ręku u ojca, bawiąc się i śmiejąc wesoło. Nagle dziecię zsiniało, oczy poszły wstół i niemal w okamgnieniu, nawet nie krzyknąwszy, zakończyło życie. Drugi przypadek tegoż GRAWITZ'a dotyczył 6 miesięcznej dziewczynki,

¹⁾ Tak np. prof. Ranke miał w przeciągu lat 10 w klinice swej pedyatrycznej ogółem 16 przypadków nagłej śmierci u dzieci do lat trzech, włączając w to przypadki, w których śmierć niespodzianie nastąpiła w przebiegu tej lub innej choroby.

²⁾ Dr Berthold. Ueber plötzliche Todesfälle der Kinder, speciell der Säuglinge. (Arch. h. Kinderheilk 1898).

³⁾ Kopp. Münch. med. Woch. 1896.

⁴⁾ Grawitz. Ueber plötzliche Todesfälle im Säuglingsalter. (Deutsche med. Wochen. 1888).

zmarłej przy identycznych okolicznościach. Sekcja i tu wykazała znaczny przerost grasicy.

Zasługuje na uwagę przypadek CLESSIN'a, cytowany przez GANGHOFNER'a ⁵⁾, ze względu na wynik sekcji. Dotyczył on 2 miesięcznego zdrowego chłopca, znalezione go pewnego poranku w łóżeczku swem nieżywym. Sekcja wykazała, iż tchawica była na 2 ctm. powyżej bifurkacji tak przyciśnięta obrzmiałą grasicą, ważącą 31 grm., iż przednia ściana w pośrodku przylegała do tylnej, po obu zaś bokach wklęsnięcia utworzyły się wąskie kanały, przez światło których zaledwie cienką igłę dało się przeprowadzić.

Identyczne niemal wyniki sekcji w 6 własnych przypadkach i 2 innych autorów u noworodków, zmarłych nagle wskutek asfiksji bezpośredniej lub w parę godzin po urodzeniu, podaje FLÜGGE (cytowany również przez GANGHOFNER'a). Znajdował on zawsze znacznie powiększoną grasicę oraz spłaszczoną przez nią tchawicę powyżej rozdwojenia, a niekiedy i spłaszczenie oskrzeli poniżej tegoż.

Przypadki nagłej śmierci u dzieci w okolicznościach napozór tak tajemniczych mimowoli nasunąć mogą każdemu przypuszczenie zbrodni, resp. zamachu na życie ze strony osoby trzeciej w myśl zasady: *is fecit, cui prodest*. Wiadomo powszechnie, chociażby z gazet, że w tej lub owej miejscowości znaleziono pewnego poranku niemowlę — dotąd zupełnie zdrowe — nieżywym i po największej części przypisywano śmierć dziecka uduszeniu przez mamkę, niańkę lub też kogokolwiek z otoczenia. Mając to na uwadze, należałoby *a priori* przypuścić, że pewna przynajmniej część przypadków tej kategorii może mieć ważne znaczenie ze stanowiska sądowo-lekarskiego. Pozwolę też sobie *exempli gratia* podać parę przypadków z odnośnej literatury.

GRAWITZ ⁶⁾ opisuje następujący przypadek: niemowlę, oddane pod opiekę niańki, sypiało w kołysce obok łóżka tejże. Pewnego poranku dziecię, do tej pory zupełnie zdrowe, znaleziono w kołysce nieżywym. Niańkę wobec tego uwięziono, sekcja zaś, dokonana przez autora i LIMAN'a, wykazała ogromnie powiększoną grasicę, która też, zdaniem GRAWITZ'a, spowodować miała zaduszenie dziecka wskutek ucisku na tchawicę, oskrzela i wielkie naczynia. Jakkolwiek LIMAN był przeciwny takiemu orzeczeniu, a sąd podzielał jego pogląd, jednakowoż nakazano uwolnienie niańki jedynie dla braku wyraźnych dowodów winy.

BERTHOLD ⁷⁾ przytacza identyczny niemal przypadek. Na skutek prośby pani X., żamożnej obywatelki ziemskiej, będącej w ostatnim stadium ciąży, autor wysłał renomowaną i znaną mu osobiście z najlepszej strony dozorczynię. Pani X. urodziła zdrowego chłopca, który, karmiony piersią mamki, chował się znakomicie. Pewnego poranku, gdy dziecko liczyło już 4 tygodnie, znaleziono je leżącym bez życia w swem łóżeczku, stojącym pomiędzy łózkami mamki a dozorczyńni. Szybka pomoc lekarska pozostała bezskuteczną. Autor, zawiadomiony listownie o zaszłym fakcie przez rodziców zmarłego dziecka, którzy skłonni byli przypisać winę śmierci niedbalstwu dozorczyńni, odrazu powziął przypuszczenie o przeroście grasicy, jako o bezpośredniej przyczynie nagłego zgonu, a dla rehabilitacji dozorczyńni zaproponował ekshumację oraz sekcję zwłok, na co się jednak rodzice nie zgodzili.

Tenże autor podaje jeszcze jeden charakterystyczny przypadek ze swej praktyki. Zgłosiła się doń matka z 8 miesięcznym zupełnie zdrowym dzieckiem dla zaszczepienia temuż ospy. Autor, nie mając narazie świeżej limfy, zalecił matce zgłoszenia się w tym celu po upływie 8 dni, w wilię jednak zamówionego dnia

⁵⁾ Ganghofner, Plötzliche Todesfälle im Kindesalter. Verhandlungen der Gesellschaft f. Kinderheilk 1902.

⁶⁾ l. c.

⁷⁾ l. c.

wezwany był o bezwzględne przybycie do tegoż dziecka, które, niestety, zastał już nieżywym. Śmierć niemowlęcia uprzednio zupełnie zdrowego nastąpiła niemal nagle. Autor dodaje od siebie uwagę, że, jakkolwiek żał mu było nie-szczęsnego dziecka, jednakże w duchu dzięko-wał Bogu, że nie zaszczerpił mu przedtem ospy, łatwo bowiem można sobie wyobrazić, jaką broń dałoby to w ręce przeciwników wakcynacyi. Sekcyja dla niewiadomych powodów nie była do-konana.

A teraz przystępuję do dwu przypadków, spostrzeganych przezemnie.

Przypadek I. W maju 1888 r. wezwany byłem do Michaliny J., córki urzędnika, liczącej 5 miesięcy, która według opowiadania matki od kilku dni kaszle i nieco gorączkuje. Przy ba-daniu znalazłem, co następuje: dziecko dość szczupłe, nieco blade ze słabymi objawami krzywi-cy oraz nieco powiększonymi gruczołami na szyi. W płucach słyhać nieliczne rżężenia wilgotne, oddech normalny, kaszel nieczęsty, wykrztusza-nie łatwe; tony serca czyste, wypróżnienia nor-malne, śledziona cokolwiek powiększona. Stan bezgorączkowy. Dziecko bawi się na ręku matki i uśmiecha się — słowem, choroba przedsta-wia się jako zwykły katar oskrzeli. Pozostało mi jeszcze zbadanie jamy ustnej i gardzieli i w tym celu, jak zwykle, usadowiłem dziecię na ręku matki w odpowiedniem położeniu, t. j. z nieco nachyloną ku tyłowi główką, zaledwie jednak płaski koniec łyżeczki przycisnąłem do nasady języka, dziecko momentalnie zsiniało i, nie wy-dawszy najmniejszego krzyku, zakończyło ży-cie. Nie pomogło zastosowane natychmiasto-wo sztuczne oddychanie i inne doraźne zabiegi—serce przestało bić raz na zawsze.

Przypadek II. W październiku 1905 r. wezwany byłem do Genowefy P., córki robotni-ka, liczącej 6 miesięcy. Anamneza wykazała, że dziecko, zresztą nieźle odżywiane, z dość obfitym podkładem tkanki tłuszczowej, od kilku dni cier-pi na nieznaczną biegunkę (codziennie po kilka

stoleców rzadkich z domieszką śluzu, nieco cuch-nących) bez wydymań. Badanie, oprócz nieco wzdętego i bolesnego na dotyk brzucha, nie wy-kazało żadnych nienormalności, płuca i serce zdrowe, gruczoły niepowiększone, śladów angiel-skiej choroby niema; dziecię zachowuje się przy badaniu spokojnie. Przepisałem mleczankę z ol. rącznikowego, ciepłe okłady na brzuch oraz odpowiednią dyetę. W kilka godzin później zja-wia się u mnie matka chorej ze smutną, a niespo-dzianą wiadomością, że przy drugiej łyżeczce lekarstwa dziecię, opierając się zażyciu tegoż, odwróciło dość silnie w tył główkę i nagle zosta-ło na ręku matki bez życia, nie wydawszy naj-mniejszego krzyku. Zastosowane przez otocze-nie i szybko wezwanego felerzera środki pozosta-ły bez skutku — dziecka nie udało się do życia przywrócić.

Jak objaśnić sobie przyczynę nagłej śmier-ci u ssawców?

Najbardziej rozpowszechnioną i najstarszą jest teoria gwałtownego ucisku na tchawicę przez nadmiernie przerosłą grasicę. Teorię powyż-szą wygłosił jeszcze w 1879 r. BAGINSKY w epi-kryzie swej pracy ⁸⁾, a przyjął ją również i GRA-wirtz ⁹⁾. Jak wiadomo, grasicca, normalnie zani-kająca u dzieci w drugim roku życia, waży fizyo-logicznie w pierwszym roku od 5—30 grm. Długość jej dojść może w tym wieku do 7 ctm., a grubość do 1 ctm. Pod względem histo-logicznym grasicca zbliża się do budowy gru-czołów chłonnych. Każdy ze zrazików gra-sicy unaczyniony jest niewielkimi i liczne-mi tętniczkami, przechodzącymi w nader rozga-łęzioną sieć naczyń włosowatych, z których krew wypływa przez własne niewielkie żyły. Otóż według powyższej teorii narząd tej budo-

⁸⁾ Baginsky. Ueber plötzliche Todesfälle bei Kin-dern. Centralzeitung f. Kinderheilk. 1879,

⁹⁾ l. c.

wy, co grasicca, uledz może znacznemu przerostowi, powodującemu drogą mechanicznego ucisku na tchawicę przy pewnych sprzyjających okolicznościach zaduszenie dziecka.

POTT ¹⁰⁾, opierając się na swym materiale klinicznym (8 przypadków nagłej śmierci w okolicznościach niemal identycznych z moimi, śmierć bowiem nastąpiła bezpośrednio po badaniu gardłaszpatlem), rozwija następującą teorię. Sam przerost grasicy — jako bodziec czysto mechaniczny — nie byłby w stanie spowodować śmierci dziecka wskutek zaduszenia, gdyż, jak wykazują doświadczenia SCHEELLE'go ¹¹⁾, u dziecka rocznego obciążenie, dochodzące do 1000 grm., zaledwie jest w stanie wywołać zupełne zamknięcie światła tchawicy. Wchodzą tu przeto w grę, według autora, inne czynniki, a mianowicie, ta nader ważna okoliczność, że przerosła grasicca wywołuje równocześnie ucisk na górną część serca, skąd biorą początek wielkie naczynia, jak aorta i tętnica płucna, czyli, innemi słowami równoczesne działanie obu szkodliwych czynników (ucisk na tchawicę i na narządy krążenia) wywołać może u dziecka poprzednio zdrowego nagłą utratę życia.

Z innych badaczy FRIEDIUNG ¹²⁾ przypisuje mniejsze znaczenie uciskowi grasicy na tchawicę, za główną zaś przyczynę nagłej śmierci uważałby ucisk na ważne nerwy, przebiegające *in mediastino*, jak *n. vagus*, *n. recurrens* i *n. phrenicus*, czyli, że w jednych przypadkach śmierć nastąpić może wskutek zaduszenia, w innych wskutek porażenia serca.

PALTAUF ¹³⁾ sprawę nagłej śmierci rozwiązuje w sposób nieco odmienny; twierdzi on mianowicie,

że u niektórych dzieci istnieje t. zw. „*status lymphaticus*”, przy którym spostrzegać się daje nie tylko przerost grasicy, lecz wogóle gruczołów chłonnych, jak również i znaczne powiększenie śledziony. Otóż u takich dzieci „chlorotyczno - limfatycznych” skutkiem pewnych zmian chorobowych w ośrodkach nerwowych dla ruchów serca nastąpić może porażenie tegoż, podobnie jak to ma miejsce niekiedy u dorosłych przy długotrwałych, lecz dobrze znoszonych wadach sercowych.

ESCHERICH ¹⁴⁾, przyjmując w zasadzie ów „*status lymphaticus*” PALTAUF'a, tłumaczy go sobie jako pewną dyskrazję organizmu, zależną prawdopodobnie od zaburzeń w przemianie materii. Dyskrazję ową przyjmuje on jako rodzaj przewlekłego samozatrucia, przy którym układ nerwowy znajduje się stale w stanie ukrytego podrażnienia, przy nagłym zaś wystąpieniu pewnych szkodliwych czynników dojść może do rażącego syncope z porażeniem serca.

Nader ciekawe są badania SWEHLA'ego ¹⁵⁾, który, badając drogą doświadczalną wyciąg z grasicy, doszedł do wyniku, że posiada on silne toksyczne działanie. SWEHLA zastrzykiwał psom do żył znaczne dawki owego wyciągu, poczem zwierzęta szybko zdychały przy objawach duszności i następstwie porażeniu serca. Nawiązując badania swoje do sprawy nagłej śmierci u dzieci, autor stawia hipotezę, że, być może, śmierć owa jest następstwem upośledzonego wydzielania, prowadzącego za sobą hipertymizację krwi, czyli zatrucie jej sokiem grasicy.

Na zakończenie nie mogę jeszcze pominąć milczeniem uwagi BENEKE'go ¹⁶⁾, kładącego nacisk na ważną okoliczność, iż bardzo często prze-

¹⁰⁾ Pott. Ueber Thymusdrüsen-Hyperplasie und die dadurch bedingte Lebensgefahr. Jahrb. f. Kinderheilk. 1892.

¹¹⁾ Scheele. Zur Casuistik der plötzlichen Todesfälle bei Thymushyperplasie. Zeitschr. f. Klin. Med. 1890.

¹²⁾ Cytowany przez Ganghofnera (l. c.)

¹³⁾ Paltauf. Ueber die Beziehungen der Thymus zum plötzlichen Tod, (Wien. Klin. W. 1889).

¹⁴⁾ Berl. Klin. Woch. 1896.

¹⁵⁾ Swehla. Die Rolle d. Thymusdrüse. Münch. m. Woch. 1900.

¹⁶⁾ Bene e. Zur Frage nach der Bedeutung der „Thymushyperplasie“ für plötzliche Todesfälle im Kindesalter. Berl. Klin. Woch. 1894.

rosła grasicą umiejscowiona jest w najwęższym miejscu, t. j. pomiędzy trzonem mostka a kręgosłupem. W podobnych przypadkach, gdy dziecię gwałtownie zgina główkę ku tyłowi (jak np. w przypadkach POTT'a, moich i wielu innych), nastąpić może tak znaczny ucisk na tchawicę, iż skutkiem powstałego ztąd zwężenia udaremnia się wszelki dostęp powietrza do płuc z wiadomym fatalnym wynikiem.

Jak widać z powyższego, nie brak rozmaitych teorii i hipotez, dążących do wyświeetlenia sprawy powstawania nagłej śmierci u dzieci. Niemal „*quot capita, tot sensus*“. Wobec tego GANGHOFNER¹⁷⁾ na zjeździe pedyatrycznym w Karlsbadzie w 1902 r. proponuje w referacie swym rozstrzygnąć omawianą kwestyę w sposób następujący: tam, gdzie na sekcji znaleziono przerost grasicy, możnaby z wszelkiem prawdopodobieństwem przyjąć jako bezpośrednią przyczynę śmierci ucisk na tchawicę i następujące wślad zatem zaduszenie, w innych jednak przypadkach G. skłonny byłby uznać śmierć dziecka za bezpośredni wynik pewnych chorobliwych zmian w ośrodkach nerwowych dla ruchów serca i dla oddychania. W jakich zaś okolicznościach zmiany owe powstają, pozostaje dotąd sprawą niewyjaśnioną, prawdopodobnie jednak u ssawców odgrywają tu rolę pewne zaburzenia w przemianie materii w połączeniu z przewlekłym samozatruciem.

Pozostaje jeszcze do rozstrzygnięcia kwestya, jaka była bezpośrednia przyczyna nagłej śmierci w moich przypadkach. Jak widać z przebiegu, śmierć nastąpiła w okolicznościach *mutatis mutandis* niemal identycznych z odnośnymi przypadkami innych badaczy. I u mnie bowiem cierpienie, poprzedzające zgon dziecka, było względnie niewinne, dopiero fakt taki, jak badanie gardła łyżeczką lub opór przy wlewaniu lekarstwa, pociągające za sobą gwałto-

wne zgięcie główki wtył, był widocznie owym bodźcem szkodliwym, po którym śmierć nastąpiła natychmiastowo. Analogicznie więc sądząc, pomimo braku sekcji, możnaby przyjąć jedną z powyżej przytoczonych teorii, z których najprawdopodobniejszą wydaje mi się teoria POTT'a; znaczy to, że należałoby w obu moich przypadkach przypuścić znaczny przerost grasicy oraz raptowny ucisk jej równocześnie na tchawicę, serce i wielkie naczynia, wynikiem czego była nagła śmierć skutkiem zaduszenia.

JESZCZE Z POWODU

t. zw. „Krzywicy młodzieńczej”.

Podał

Władysław Sterling.

Replika kol. PECHKRANCA Nr. II zawiera w sobie szereg niedokładności, na które zmuszony jestem odpowiedzieć. Pominąwszy szereg wynurzeń w rodzaju: „wyrażna niekonsekwencya“, „chwiejność poglądów“, „zapędzanie choroby w kończynę“, „kryje się broń przeciwko niemu“, „nie chce świadczyć przeciwko sobie i dyplomatycznie omija“, „clou przypadku“, „usiłuje ratować sytuację“, „argumenty zgoła słabe i chwiejne“, „satysfakcyja, że wszyscy koledzy, którzy po przeczytaniu artykułu z kol. P. mówili, zgadzali się z nim“, postaram się trzymać tylko rzeczowych dowodów.

Na początku owej repliki zaznacza kol. PECHKRANC, że nie miał zamiaru przytaczać literatury t. zw. późnej krzywicy. Nie wiem, czy mu to wyszło na dobre, w każdym razie z wstrzemięźliwością tą bynajmniej nie licuje skwapliwość, z jaką niemal dosłownie przepisał prawie całusienki referacik z posiedzenia londyńskiego, umieszczony w „Münchener mediz. Wochenschr.“ 1906, Nr. 4.

¹⁷⁾ 1. c.

Dyskusowanie jakiegokolwiek niejasnej i nowej kwestyi wymaga nieodzownie jednego z dwóch warunków: 1) albo osobistego doświadczenia w danym kierunku, którego w stosunku do krzywicy późnej kol. P. brak, 2) albo dokładnego, sumiennego i wszechstronnego uwzględnienia literatury, którego kol. P. się wyrzeka. Brak tego ostatniego sprawił, że kol. P. w swojej replice Nr. I wprowadził w błąd czytający ogół, twierdząc, że t. zw. „krzywica późna“ jest zagranicą oddawna uznana, podczas gdy większość badaczy kategorycznie ją odrzuca. Dlaczego sympatye kol. P. są po stronie mniejszości, nie wiem, w każdym razie zaznaczyć muszę, że rozrzucająca zgodność „czterech panów z Londynu“ pomiędzy sobą jest równie mało przekonująca, jak i zgodność kolegów z Warszawy z kolegą P., którzy z nim „po przeczytaniu artykułu rozmawiali“ i którzy mu zrobili taką „satisfakcję“.

Również zagadkowem jest dla mnie, dlaczego kol. P., oburzając się na „sceptycyzm kol. STERLINGA!“, nie oburza się na sceptycyzm REHN'a, VIERORDT'a, SEIFERT'a, MONTI'ego, HEUBNER'a, GOSSELIN'a, LOSSEN'a, HOFFA'y i innych autorów, którzy przeciwko późnej krzywicy powstają, a których poglądów ja byłem tylko echem.

Następujący ustęp repliki kol. P. N. II przynosi mi z sobą zarzut „niekonsekwencji i chwiejności poglądów“. A oto z jakiego powodu. Mówiłem, że krzywica zdarza się zazwyczaj w początkowym okresie rozwoju układu kostnego czyli pomiędzy IV-ym miesiącem a końcem drugiego roku życia. Mówiłem zazwyczaj, gdyż znane mi były choćby z książki REHN'a rzadkie przypadki krzywicy w 4-ym, a co najwyżej w 5-ym roku życia. Mówiłem jednakże jednocześnie, że 17-y rok choroby wyłącza krzywice, gdyż nieznane mi były przypadki t. zw. późnej krzywicy. Gdzież tu niekonsekwencja i chwiejność poglądów? Pociesza mnie przytem fakt, że do bardzo niedawna (czyli do narodzin referaciku monachijsko - londyńskiego) też przypadki musiały być nieznane również i kol. P., w przeciwnym razie bowiem zrobiłby chyba na posiedzeniu szpitalnem rozpoznanie

„w przypadku tak typowym, że, zaiste, trudno sobie wymarzyć bardziej typowy“!

Dalsze wywody kol. P. w kwestyi ograniczania się t. zw. „krzywicy późnej“ do kończyn polegają na nieporozumieniu. Inna jest rzecz opisać przypadek, w którym w kościach długich upatruje się cechy krzywicy, jak to uczynili wszyscy cytowani przezemnie autorowie, a inna — najzupełniej gołosłowne traktowanie jakiejś skoliozy z białkomoczem lub bez jako krzywicy, jak to uczynili KIRMISSON i LUCAS. Z literaturą pierwszej kategorii można się zgadzać lub nie zgadzać, ale należy ją traktować poważnie, supozycye zaś drugiej kategorii nie zasługują na uwzględnienie. Musimy tedy pozostać przy poglądzie, że w t. zw. „późnej krzywicy“ sprawa ogranicza się do kończyn.

Nie wiem, dlaczego pogląd ten, wyprowadzony przez licznych autorów na zasadzie obserwacyi, nazywa kol. P. „zapędzaniem choroby w kończyny“? Rozumując w sposób analogiczny mógłbym zrobić kol. P. zarzut, że najbardziej charakterystyczne cechy krzywicy „zapędził“ w epifizy!

Co się tyczy owego przekrzywienia kości biodrowej, to „poczuwam się do obowiązku zwrócić uwagę“ kol. P., że, jak w replice N. I mylnie utożsamiał to przegięcie z takimi zmianami, jak *genu valgum*, tak w replice N. II najzupełniej mylnie utożsamia je z takimi zmianami, jak skolioza, gdyż przegięcie kości biodrowej istotnie i wyłącznie zależy od dekalcyfikacyi, zaś skolioza zależeć może od najrozmaitszych przyczyn, tylko nie od dekalcyfikacyi. Co się tyczy zaś klatki piersiowej, to o zgrubieniach żeber nie mówiłem dlatego, że przyznaję im równie małe znaczenie różniczkoworozpoznawcze, jak zgrubieniom kości rurkowych w okolicach stawowych. Zwalczenie poglądu mojego na *thorax en bateau* argumentem: „wątpię, czy kolega znajdzie wielu zwolenników swego poglądu“ nie nadaje się do dyskusyi, zaś dodatek: „zwłaszcza, jeżeli objawy rozpatrywać nie odosobnione“ wobec mego zastrzeżenia „*cueteris paribus*“ nie ma absolutnie żadnej racyi bytu.

Wybaczy kol. P., że pomimo jego całej uprzejmości, z jaką tłumaczy mi możliwość zmian mięśniowych w okolicy dotkniętego stawu, nie odwdzięczę mu się odpowiedzią na pytanie, co rozumiem pod pierwotnymi porażeniami mięśniowymi, gdyż znajdzie to w każdym podręczniku. Natomiast zatrzymam się nieco na anamnezie w moim przypadku, do której jaknajniespodziewaniej uprzedził się kol. P. Otóż zdaniem mojem „opowiadaniom chorych bynajmniej nie należy wierzyć świącie“, jak o tem mówi kol. P., ale, jeżeli brać je krytycznie, wtedy mogą one dostarczyć nam nie tylko cennych, ale czasem wprost niezastąpionych danych rozpoznawczych. Nie potrzebuję chyba udowadniać, że rozpoznanie niektórych cierpień możemy zrobić tylko na zasadzie umiejętnie zebranych wywiadów.

Przypuszczenie kol. P. w replice N. II, jakoby t. zw. osłabienie kończyn w początkach choroby było tylko wyrazem oszczędzania się chorego wskutek bólów, upada zupełnie wobec faktu, że osłabienie wystąpiło na 3 miesiące przed zjawieniem się bólów. (Nawiasem wspomnę, że w replice N. I kol. P. nie mówił bynajmniej o tak zwanem osłabieniu kończyn, ale uważał istotne osłabienia i zaniki pierwotne za rzecz dla krzywicy zwykłą). Prawdopodobieństwo tych danych anamnestycznych, dostarczonych z całą stanowczością przez chorego, jest tem większe, że kolejność wystąpienia zjawisk paretycznych i bólowych w kończynach górnych była zupełnie ta sama, mianowicie bóle wystąpiły dopiero w kilka miesięcy po osłabieniu. Jakże więc powiedzieć można, że osłabienie było wyrazem oszczędzania się? Wywiady, dotyczące kończyn górnych, wsparte są przytem samoistnie podanym przez chorego niezmiernie charakterystycznym szczegółem, że mianowicie: wtedy, kiedy zauważył osłabienie kończyn górnych—z trudnością mógł podnieść ciężar 5-funtowy, podczas gdy dawniej z łatwością podnosił krzesło jedną ręką za nogę. Po za tem kol. P., który chorego zna, wie dobrze, że można zaufać jego rozwiniętej nad wiek i nad stan inteligencji, pamięci oraz zmysłowi samoobserwacyjnemu.

Nie miejsce tutaj tłumaczyć, że brak zmian elektrycznych nie może mieć wartości rozstrzy-

gającej; pragnę tylko zwrócić uwagę na pewną sprzeczność, tkwiącą w wywodach kol. P., o stanie mięśni w moim przypadku. Kol. P. mianowicie operuje nadmiernie określeniem mojem „zanik mięśni bez specjalnej lokalizacji“, zapomniawszy, że w pracy mojej dotyczy ono wyłącznie kończyn górnych i pasa barkowego; przeciwnie, w kończynach dolnych mogłem stwierdzić niezmiernie rzadki typ inwersyi siły ruchów antagonistycznych (WERNICKE, MANN, FÖRSTER). Mógłbym w postępowaniu kol. P. upatrywać niedopatrznie, mógłbym mieć żal, że, polemizując, nie odczytał uważnie mojej pracy, gdyby nie drobny faktek, że na początku mięśniobójeznej filipiki kol. P. jest wyraźnie mowa o „pewnym typie porażen“. Więc z jednej strony typ jest, a z drugiej strony, kiedy to polemiście nie na rękę — typu nie ma!

Przy sposobności zaznaczyć muszę, że w replice mojej bynajmniej nie chodziło mi o to, żeby dowieść istnienia hypotonii w krzywicy, lecz ażeby na zasadzie danych literatury wyjaśnić, że to, co kol. P. brał za porażenia, jest hypotonią.

Na tem jednocześnie miejscu zaznaczyć muszę, że zupełnie nie rozumiem, w jakim celu *à propos* przekrwienia w krzywicy cytował kol. P. właśnie zapalną teorię KASSOWITZ'a, o której wie, „że się z nią obecnie nikt nie solidaryzuje“. Również trudno mi jest zrozumieć, jak można pogodzić z wyrażeniem: „zboczenie od zwykłego obrazu“, którego używa kol. P. *à propos* kontraktury i wzmożonych odruchów — to, co mówi o przypadku moim w innych miejscach. Więc przypadek jednocześnie przedstawia zboczenia od zwykłego typu i jednocześnie „jest zupełnie typowym, że zaiste trudno jest wyobrazić sobie bardziej typowy“!

Przy okazji zwrócę uwagę, że co innego jest brak jakiegoś typowego objawu przy rozpoznaniu danego cierpienia, a co innego stwierdzenie objawów, nie liczących z fizjonomią kliniczną tego cierpienia. Tak więc, pozostając przy przykładzie kol. P., wolno jest rozpoznać *tabes* nawet bez tak kardynalnego objawu, jak nieruchomość żrenic, ale nie wolno mówić o czystym *tabesie* przy stwierdzeniu np. *clonus pedis*. A takimi objawami, przeczącymi fizjonomii

klinicznej krzywicy, są między innymi: hipertonia, wzmożenie odruchów, pierwotne porażenie.

Przy powtórnej ocenie obrazu rentgenowskiego wygłasza kol. P. takie dwa następujące bezpośrednio po sobie okresy. Okres a): „kol. STERLING usiłuje ratować sytuację (!), wygłaszając zdanie, że cechy rentgenoskopowe krzywicy, t. j. ścieńczenie *substantiae compactae*, odwapnienie *substantiae spongiosae* oraz nieprawidłowy układ beleczek kostnych są to objawy ogólnie dystroficzne, a więc i w osteomalacji, chorobie PAGER'a, osteo-artropatii i t. d.“. Okres b): „Wątpimy bardzo, czy którakolwiek z dopiero co wymienionych chorób może dać obraz radioskopowy podobny do tego, jaki widzieliśmy w przypadku kol. STERLINGA“—i dalej wyraźnie mowa jest o cieniu w okolicy stawu. Czyli że w jednym okresie jest mowa o Pawle, a w drugim o Gawle. Więc o cóż w końcu chodzi, czy o te dane, które ja nazywam ogólnie dystroficznymi, które w replice N. I uważał kol. P. za patognomiczne dla krzywicy, a co do których nie ma najmniejszej wątpliwości, że mogą mieć miejsce w najrozmaitszych sprawach, a przede wszystkim przy zmianach kostnych w przebiegu dystrofii mięśniowej, czy o cień w okolicy stawu, który w tej postaci, co w moim przypadku—dotychczas wogóle nigdy nie był spostrzegany?

Specjalnie co do tego cienia jeszcze raz muszę przypomnieć kol. P. brak wszelkiego związku cienia tego z okostną. Gdyby nawet zgodzić się na teoretyczne wywody kol.

P. co do natężenia cienia, to chyba po 4-letnim istnieniu choroby należałoby się spodziewać owego skonsolidowania tkanki, skoro w rentgenowanych przypadkach krzywicy cienie takie już w pierwszym roku choroby równają się cieniom kości.

Co do następnych dwóch najważniejszych argumentów moich rentgenowskich zauważyć muszę stylem kol. P., że zostały one „dyplomatycznie“ pominięte. A więc raz jeszcze zwracam uwagę, że 1) w kostkach napiętka mieliśmy do czynienia nie „z wyświetleniem i zatarciem konturów“, jak wyraża się łagodnie kol. P., lecz z ich głęboką destrukcją i rozpadem oraz że 2) w diafizach stwierdzono wybitną atrofię *en masse*, których to objawów nie było ani w przypadku CLUTTON'a, jak o tem wspomina kol. P., ani w żadnym wogóle przypadku krzywicy. Są to też objawy, które tak godzą się z krzywicą, jak np. *clonus pedis* z wiadomym rdzenia.

Na zakończenie zaznaczam raz jeszcze, że, używając terminu „*dystrophia ossium progressiva*“, nie miałem zamiaru urabiać przypadku mego „na modłę *dystrophiae musculorum progressivae*“, jak mi to bezpodstawnie a uparcie „imputuje“ kol. P., tylko, nie uznając za możliwe „umieścić przypadek mój w ramki żadnego z określonych dzisiaj typów klinicznych“, chciałem w jaknajkrótszej formie zawrzeć jego najkardynalniejsze cechy; uważam go też w dalszym ciągu za niezwykle i odrębny przypadek postępujących zmian mięśniowo-kostnych.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie Ginekologiczne
z dnia 22 lutego 1907 r.

J. JAWORSKI podaje opis zakażenia gronkowcowego w połogu, leczonego surowicą przeciwgronkowcową (*serum antistaphylococcicum*), oraz przedstawia preparat gronkowców, wyhodowanych ze krwi, i hodowle na agarze z cukrem gronowym 1%.

Przypadek dotyczył 4 raz rodzącej, która poroniła w 5-m miesiącu ciąży. Wobec ciepłoty 39,5 i dreszczy mówca zastosował seroterapię. Przez 2 doby chorej zastrzyknał, ogółem, 160 cm. sz. surowicy przeciwpaciorkowcowej MARMOREK'a. Ciepłota nie obniżyła się jednak, i wogóle stan chorej pozostał bez zmiany. Wtedy J. zaproponował zbadanie krwi na bakterie, czego dokonał kol. KARWACKI.

Posiew 5 cm. sz. krwi, wziętej szprycą z żyły, do 200 cm. sz. bulionu, dał hodowlę po 48 godzinach w postaci bardzo obfitego rozrostu gronkowców, nadzwyczaj silnie rozkładających czerwone ciała krwi.

Wobec takiego wyniku badania krwi JAWORSKI niezwłocznie zastrzyknał chorej surowicę przeciwgronkowcową (*serum antistaphylococcicum*), pochodzącą z Instytutu Medycyny doświadczalnej (w Petersburgu), w ilości ogólnej 70 cm. sz. przez przeciąg czasu 48 godzin. Ciepłota z 40,7 w 12 godzin po zastrzyknięciu spadła na 37,7; tętno ze 140 na 90. W 24 godziny po zastrzyknięciu, ogółem 40 cm. sz., ciepłota obniżyła się na 36,9, a po następnych zastrzyknięciach, po 10 cm. sz. każdorazowo, na 36,5 i 36,3; tętno na 84. Po tygodniu stanu bezgorączkowego — powtórne badanie krwi, wziętej z żyły. Drugi posiew, dokonany w ten sam sposób, co pierwszy, po 5-u dniach okazał się jałowym. Przypadek ten, zdaniem mówcy, zasługuje na uwagę nasamprzód z powodu rodzaju

zakażenia (czyste, bez skojarzeń mikrobowych, zakażenie gronkowcowe), powtórne — ze względu na wybitne działanie surowicy swoistej przeciwgronkowcowej, przejawiające się spadkiem ciepłoty i uderzeń tętna, a nadto potwierdzone powtórne badaniem krwi, której drugi raz dokonany posiew okazał się jałowym.

LEŚNIEWSKI przedstawił preparat, pochodzący od 62-letniej kobiety. Zgłosiła się ona z powodu dokuczliwych bólów w dole brzucha i obfitych odchodów z części rodnych — odchodów bardzo smrodliwych i często zabarwionych krwią. Stan ogólny niezły, chora blada. Organy wewnętrzne prawidłowe. Macica za duża w stosunku do wieku chorej, szczególnie — trzon macicy; jest ona odchylona ku tyłowi, ściśle zrośnięta z odbytnicą. Przymacicza nie zgrubiała, pomimo to ruchomość macicy bardzo mała.

Obmacywanie trzonu macicy niezmiernie bolesne. Na przedniej ścianie pochwy tuż przy wejściu do niej widać guz, położony nieco na prawo od linii pośrodkowej, przechodzący na prawą ścianę pochwy. Ku górze dosięga guz dolnej $\frac{1}{3}$ pochwy. Jest on twardy, nieco wyniosły, owrzodziła powierzchnia równa się 3 kopiejkom miedzianym.

L. rozpoznał raka trzonu macicy i pochwy. Obawiając się, że nowotwór przerasta tylną ścianę macicy i zrósł się z przednią ścianą odbytnicy, L. wyciął macicę z pomocą laparotomii. Macica była przymocowana do kiszki staremi, tęgiemi, wrzekomemi błonami zapalnymi, które udało się porozdzielać. Wyosobnienie moczowodów, wynealezienie naczyń macicznych było znacznie utrudnione, gdyż tkanka łączna przymaciczna była bliznowato zwyrodniała w następstwie przebytych ongi spraw zapalnych. Ponadto macica urwała się na wysokości ujścia wewnętrznego szyi. Pomimo to udało się usunąć macicę całkowicie wraz z kawałkiem pochwy. Ponieważ operacja wobec wspomnianych

przeszkód trwała długo, ponieważ rak mięścił się w trzonie macicy, L. gruczołów nie usuwał. Po włożeniu gazy jodoformowej do pochwy, L. z trudnością i wcale niedokładnie obszył otrzewną dno małej miednicy. Przebieg pooperacyjny pomyślny dla chorej.

Przed tygodniem wyciął L. na drugim posiedzeniu guz pochwy bez uszkodzenia pęcherza moczowego. I ta rana goi się gładko, stan ogólny chorej poprawił się.

W macicy guz szerzył się po całej wewnętrznej powierzchni trzonu aż do szyi. L. zbadał mikroskopowo guzy trzonu m. i pochwy. Mają one zupełnie jednakową budowę histologiczną — i tu i tam znalazł L. raka gruczolakowego (*adeno-carcinoma*). W jakim stosunku pozostają te guzy? Gdyby guz pochwy posiadał budowę, właściwą pierwotnym rakom pochwy, należałoby powiedzieć, że ma się do czynienia z wieloogniskowym pierwotnym rakem organów płciowych. Wobec jednakowej budowy obu guzów musimy przyjąć, że pozostają one w pewnym bliższym stosunku do siebie. Ponieważ naczynia chłonne i krwionośne trzonu macicy i dolnego odcinka pochwy nie mają żadnej bezpośredniej łączności, przeto należy sądzić, że tu miało miejsce zaszczepienie się cząstek raka, wypadłych z jamy macicy. Byłby to przypadek, dowodzący możliwości implantacji komórek rakowych, co dotychczas przez wielu autorów bywa podawane w wątpliwość.

NEUGEBAUER demonstrował dwie fotografie, przesłane mu przez lekarza powiatowego MAYER'a w Simmern. W roku 1889 urodził się tam chłopczyk o 3-ech kończynach dolnych, *hernia umbilicalis* oraz niezwykle ukształtowaniu organów płciowych zewnętrznych. Pomimo że otwór moczowy w prąciu był zaklejony, jednak dziecko mocz oddawało; daremnie jednak babka dziecka szukała otworu, z którego mocz się wydzieliał. Po kilku dniach wezwany lekarz sondą usunął zlepek brzegów otworu cewki — od tej chwili dziecko już prawidłowo przez prącie mocz oddawało.

Na wewnętrznej powierzchni prawego uda sterczała szczątkowa kończyna dolna trzecia — *crus* o stopie o 4 palcach. Po 3 miesiącach kończynę nadliczbową w Bonn amputowano. Po lewej stronie istniała *luxatio congenita femoris iliaca*. Chłopiec sam był słabowity i w 16 roku

życia zmarł wskutek wady serca. Rodzice na sekcję zwłok, niestety, nie zgodzili się, pomimo naukowej ważności przypadku. Uderzająca była nadzwyczajna szerokość miednicy. Przy rozwartych udach widać, że w linii pośrodkowej ciała poniżej *herniae umbilicalis* leży szpara sromowa kobieca o dwóch wielkich wargach, lecz bez warg małych, bez łechtaczki i hymenu. Szpara sromowa, cokolwiek skośnie ku linii pośrodkowej ciała przebiegająca, ma $9\frac{1}{2}$ ctm. długości. *Mons veneris* ponad tą szparą jest owłosiony. Palec przez szparę sromową wdraża do obszernej jamy, błoną śluzową wysłanej; w dnie tej jamy palec wdraża na głębokość 2 ctm. do jakiegoś kanału. Na palcu nie było widać ani kału, ani moczu. Na przedniej ścianie jamy, u góry, M. wymacał blaszkę kostną, wpoprzek przebiegającą — jak się zdaje — o wolnym dośrodkowym końcu. M. uważał ją za drugi dodatkowy prawostronny *ramus horizontalis pubis* (?). Po lewej stronie, w znacznym odstępie od linii pośrodkowej ciała, znajduje się normalne, lecz krótkie prącie, *scrotum* bez *raphe*, zawierające tylko jedno jądro (?) *Mons veneris* lewostronny chudy, nieowłosiony, podczas gdy prawostronny był tłusty i owłosiony.

MAYER jamę prawostronną uważa za *sinus urogenitalis persistens*, kanał zaś w głębi jego za kloakę pierwotną, przez którą — zdaje się — w pierwszych tylko dniach po urodzeniu wydzieliał się mocz, nigdy zaś kał. Blizna po amputacji dodatkowej kończyny dolnej leży na wewnętrznej powierzchni uda prawego, — 14 ctm. poniżej krocza.

MEYER przypuszcza, że istnieją dwa spojenia łonowe.

Oczywiście, jest to jeden z rzadkich przykładów szczałkowej podwójności dolnego końca ciała — *duplicatus inferior*, czyli *posterior, dipygia*.

NEUGEBAUER, zestawiając przed kilku laty całą kazuistykę podwójności organów płciowych zewnętrznych, znalazł wtedy 37 sposobów; dziś liczy ich 40; tylko 6 razy znalazł organy płciowe pozornie różnej płci, obok siebie leżące — *juxtapositio organ. sexual. externorum heterosexualium*.

W r. 1894 w Tow. Lek. przedstawił N. kilka letnią dziewczynkę o *scrotum* i prąciu, obok sromu niewieściego, przy znacznem rozszerzeniu

miednicy i *anus vestibularis*, przy *defectus ani* w miejscu prawidłowym. Nie było w tym przypadku nadliczbowych kończyn dolnych. Podobne spostrzeżenie opisał MOOSTAKOW, pozostałe 4 dotyczą piśmiennictwa średniowiecznego. Otóż dane nauki nie uznają dotychczas możliwości, aby obok siebie leżały organy płciowe zewnętrzne różnej płci.

Jakże więc objaśnić tego rodzaju spostrzeżenia, wprawdzie arcy rzadkie?

Rzecz bardzo prosta: osobnik, opisany przez MAYER'a, jest—zdaje się — mężczyzną o *dipygia inferior, hypospadiasis* wysokiego stopnia, przy persystencji kloaki oraz kryptorchizmie po stronie prawej. Gdy srom jest podwójny, a nosi pozory męskie po jednej stronie, zaś kobiece po drugiej, chodzi zawsze o *monstrositas per excessum* lub też *per defectum* po jednej

stronie, czyli heteroseksualność jest tylko pozorna. Tak tłumaczy się bez trudności owo niezwykle, napozór niezrozumiałe zjawisko. Zdanie NEUGEBAUERA podziela i BALLANTYNE.

KARCZEWSKI wypowiedział odczyt p. t. „O ciąży śródmiąższowej (*grav. interstitialis*)”. Prelegent podał obszernie literaturę omawianej sprawy, przytoczył przypadek z osobistej obserwacji, podał własny podział odpowiednich przypadków, wreszcie omówił ich rozpoznanie i leczenie.

Reecz cała będzie wydrukowana w „Medycynie”.

W dyskusji nad powyższym odczytem brali udział: WINAWER, NEUGEBAUER i KARCZEWSKI.

St. Cykowski.

Ruch chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława.

za czas od 14 lutego do 14 marca 1907 r.

Ospa, tyfus powrotny i tyfus wysypkowy dominują w miesiącu sprawozdawczym.

Ogółem przybyło chorych w miesiącu sprawozdawczym 90 (46 m. 44 k.), z ubiegłego miesiąca pozostało 101 (53 m. 48 k.), uznano za zdrowych 81 (39 m. 42 k.), 1 m. wypisano bez polepszenia na skutek własnego żądania, 2 m. stosownie do rodzaju choroby przewieziono do szpitala Dzieciątka Jezus, zmarło 9 (6 m. 3 k.), na miesiąc następny pozostało 98 (51 m. 47 k.).

Chorzy byli w wieku od 1 r. 5 m. do 66 lat, a mianowicie:

1 r. 5 m. 1 płe. m., 2 i 2½ lat 2 płe. ż., 3-eh lat 2 (1 płe. m. 1 płe. ż.), 6-u l. 1 płe. m., 7-u l. 1 płe. ż., 8-u l. 3 płe. m., 10-u l. 2 płe. m., 11-u l. 1 płe. m., 13-u l. 1 płe. ż., 14-u l. 2 płe. ż., 15-u l. 4 płe. ż., 16-u 2 (1 płe. ż. 1 p. m.), 17-u l. 4 (2 płe. ż. 2 płe. m.), 18-u l. 6 (5 płe. ż. 1 p. m.), 19-u l. 8 (7 płe. m. 1 p. ż.), 20-u l. 6 (4 płe. m. 2 płe. ż.), 21-u l. 3 (2 płe. m. 1 płe. ż.), 22-u l. 2 (1 płe. m. 1 płe. ż.), 23 l. 2 (1 płe. ż. 1 płe. m.),

25 l. 1 płe. ż., 26 l. 2 (1 płe. ż. i 1 płe. m.), 28 l. 4 (2 płe. m., 2 płe. ż.), 29 l. 1 płe. ż., 31 l. 1 płe. ż., 32 l. 4 (3 płe. m. 1 płe. ż.), 33 l. 3 płe. ż., 36 l. 1 płe. m., 37 l. 1 płe. m., 41 l. 1 płe. ż., 44 l. 1 płe. m., 47 l. 1 płe. m., 49 l. 1 płe. ż., 50 l. 1 płe. ż., 56 l. 1 płe. ż., 60 l. 1 płe. m., 66 l. 1 płe. żeńskiej.

Z liczby 77 chorych, którzy opuścili szpital było 54 katolików, 14 starozakonnych, 9 prawosławnych, 5 ewangelików.

Według poszczególnych postaci ostrej infekcji było chorych na:

O s p ę: z poprzedniego miesiąca pozostało 37 (20 m, płci, 17 ż. płci), nowych chorych przybyło 24 (8 m. 16 ż.), wyzdrowiało 30 (15 m. 15 ż.), na miesiąc następny pozostało 28 (11 m. 17 ż.).

Chorzy ospowi byli w wieku od 1 r. 5 m. do 33 lat, a mianowicie:

1 r. 5 m. 1 m. płci, 3 l. 6 m. 1 ż. płci, 8 lat 2 płci m., 10-u l. 1 płci m., 13-u l. 1 ż. płci, 14-u l. 1 ż. płci, 15-u l. 1 ż. płci, 16-u l. 1 ż. płci,

17-u lat 3 (2 ż. płci, 1 m. płci), 18-u lat 5 (4 ż. płci, 1 m. płci), 19-u l. 5 (4 m. płci, 1 ż. płci), 20-u l. 1 m. płci, 21-m r. 1 ż. płci, 22-m r. 1 m. płci, 26-m r. 1 ż. płci, 31-m r. 1 ż. płci, 32-m r. 2 m. płci, 33-m r. 2 m. płci.

Z liczby 32 chorych ospowych było 21 katolików, 8 starozakonnych, 3 prawosławnych.

Nieszczepionych przybyło 7 (2 m. płci 5 ż. płci).

Zmarło na ospę nieszczepionych 3 (2 m. płci 1 ż. płci).

Poszczególne zajścia śmiertelne nastąpiły: w 2-ch przypadkach (15 m. i 17 ż.) skutkinm ciężkiej postaci ospy, w jednym przypadku u chłopca 1 r. 5 m. skutkiem powikłania zapaleniem płuc.

Dni szpitalnych przebyli chorzy ospowi 1002 (28 m. 470 dni, 33 k. 532 dni).

Przybyli chorzy ospowi z następujących ulic i domów: Bagno 3, Bednarska 17, Drewniana 7, Dobra 32, Furmańska 3. 4, Grodzka 24, Kaliksta 11, Litewska 4, Miła 29, Nowowska (2 przyp.), Okopowa 9, Pańska 40, Prosta 4, Rybna 14, Sienna 89, Ś-to Jerska 20, Wąski Dunaj 9, Wronia 7 i ze wsi Mokotów 2 przypadki.

T y f u s w y s y p k o w y . Z poprzedniego miesiąca pozostało 14 (8 m. 6 ż. płci), przybyło nowych 5 (2 m. 3 k.), wyzdrowiało 12 (8 m. 4 ż. płci), 1 m. wypisany na skutek własnego żądania bez polepszenia, 2 m. zmarło, na miesiąc następny pozostało 4 k. Chorzy na tyfus wysypkowy byli w wieku od 14-u do 50-u lat, a mianowicie:

14-u lat 1 m. płci, 17-u l. 1 m. płci, 20-u l. 2 (1 m. płci 1 ż. płci), 36-u l. 1 m. płci, 37-u l. 1 m. płci, 44-ch l. 1 m. płci, 49-u l. 1 m. płci, 50-u l. 1 ż. płci, w tym 10 katolików, 4 starozakonnych, 1 prawosławny.

Chorzy przybyli z następujących ulic i domów: Grzybowska 32, Muranowska 26, Przebieg 1, Solec 71, 93 (2 przypadki).

T y f u s p o w r o t n y . Przybyło 6-u m. w wieku lat od 19-u do 28-u, a mianowicie:

19-u lat 6 przypadki, 20 u l. 2 przyp., 28-u l. 2 przypadki, w tym 4-ch katolików, 1 prawosławny i starozakonny.

Chorzy przybyli do naszego szpitala z więzienia w Ratuszu i Mokotowskiego i pozostali na miesiąc następny.

T y f u s b r z u s z n y . Pozostało z ubiegłego miesiąca 7 (4 m. płci 3 ż.), przybyło nowych 3 m. płci, wyzdrowiało 5 (3 m. płci 2 ż.), na miesiąc następny pozostało 5 (4 m. płci, 1 ż.).

Chorzy byli w wieku od 11-u do 32-ch lat, a mianowicie:

11-u lat 1 m. płci, 20-u lat 1 ż. płci, 21-m 1 m. płci, 32-m r. 1 ż. płci, w tym 3 katolików i 1 prawosławny.

Przybyli chorzy z ulicy Łomżyńskiej 34 i Muranowskiej 30 i ze wsi Jabłonna.

P ł o n i c a . Z poprzedniego miesiąca pozostało 15 (7 m. płci, 8 ż. płci), przybyło nowych 8 (6 m. płci, 2 ż. płci), wyzdrowiało 7 (3 m. płci 4 ż. płci), na miesiąc następny pozostało 14 (9 m. płci, 5 ż.).

Zejścia śmiertelne nastąpiły skutkiem powikłania ropnem zapaleniem gruczołów szyjowych u 2 letniego chłopca i 3 letniej dziewczynki; w jednym przypadku zastrzykiwana była surowica d-ra PALMIRSKIEGO.

Dni szpitalnych przebyli chorzy 403 (13 m. płci—229 dni, 10 ż. płci—174 dni).

Chorzy byli w wieku od 2-ch do 26-u lat, a mianowicie:

2-ch lat 1 ż. płci, 3-ch l. 2 (1 m. płci 1 ż. płci), 6-u l. 1 m. płci, 7-u l. 1 ż. płci, 8-u l. 1 m. płci, 15-u l. 2 m. płci, 26-u l. 1 m. płci, w tym 3 katolików, 3 prawosławnych, 2 staroz., 1 ew.

Przybyli chorzy z ulic: Nalewki 43, Ś-to Jerska 18 (3 przypadki), Wolska 34 (3 przypadki) i ze wsi Koło.

B ł o n i c a . Z ubiegłego miesiąca pozostał 1 m., przybyło nowych chorych 6 (2 m. płci, 4 ż. płci), wyzdrowiało 4 (2 m. płci, 2 ż. płci), na miesiąc następny pozostało 3 (1 m. 2 ż. płci).

Dni szpitalnych przebyli chorzy 54 (21 dni 3 płci m., 33 dni 4 płci ż.).

Przybyli chorzy z następujących ulic i domów: Fabryczna 1, Młynarska 42, Nowolipki 44, Niecała 1, Strzelecka 22 i ze wsi Zielonka. Byli chorzy w wieku od 8 do 28 lat.

O d r a . Z poprzedniego miesiąca pozostało 3 (1 m. płci, 2 ż.), przybyło nowych 4 (2 m. płci 2 ż.), wyzdrowiało 4 (1 m. płci 3 ż.), pozostało na miesiąc następny 3 (1 m. płci 2 ż. płci).

Przybyli chorzy z Al. Jerozolimskich 76, Marszałkowskiej 81 i z Mokotowskiej 50 i ze wsi Wólka.

Byli chorzy w wieku od 16-u do 23-eh lat, 19-u lat 1 płci ż., 19-u l. 1 m. płci, 23-eh l. 1 ż. płci.

R ó ż a. Z poprzedniego miesiąca pozostało 13 (5 m. płci, 8 ż. płci), przybyło nowych 19 (9 m. płci, 10 ż. płci), wyzdrowiało 13 (4 m. płci, 9 ż. płci), na miesiąc następny pozostało 19 (10 m. płci 9 ż. płci).

Chorzy byli w wieku od 21 do 66 lat, a mianowicie:

21 lat 1 ż. płci, 22, l. 1 ż. płci, 23 l. 1 ż. płci. 28 l. 1 ż. płci, 29 l. 1 ż. płci, 33 l. 1 m. płci, 37 l. 1 m. płci, 41 l. 1 m. płci, 47 l. 1 m. płci, 52 l. 1 ż. płci, 56 l. 1 ż. płci, 60 l. 1 m. płci, 66 l. 1 ż. płci. 10 katolików, 1 ewangelik, 1 prawosławny, 1 starozakonny.

Przybyli chorzy z następujących ulic i domów: Chłodna 44, Górczewska 4, Jasna 8, Krochmalna 36, Książęca 21, Litewska 5, Nowosenatorska 3, Nowy-Swiat 4, Nowogrodzka 18, Okopowa 4, Pańska 82, Skórzana 8, Tarczyńska 5, Topiel 5, Twarda 8 i ze wsi Bogusławice, Miłosna, Mokotów i Wola.

G r y p a. Z ubiegłego miesiąca pozostało 3 (2 m. płci, 1 ż. płci), przybyło nowych chorych 2 (1 m. płci, 1 ż. płci), wyzdrowiał 1 ż. pł. do innego szpitala przeprowadzono 1 m., na miesiąc następny pozostało 3 (2 m. pł. 1 ż. płci).

Chorzy przybyli z ulicy Franciszkańskiej 23 i ze wsi Wola.

K a r b u n k u ł z ł o ś l i w y. 1 m. z ubiegłego miesiąca pozostał na miesiąc następny.

Oprócz tego w miesiącu sprawozdawczym przybyli chorzy na ogniskowe zapalenie gardzieli 2 (1 m. płci 1 ż.), 1 m. wyszedł zdrowym ze szpitala, 1 ż. płci pozostał na miesiąc następny, 1 m. płci, przywieziony z Praskiego szpitala na rzekomą biegunkę krwawą obok wiażdź mlecza pacierzowego i wysiękowego zapalenia opłucny, po 12-u dniach zmarł, z gruźlicą płuc 2 (1 m. płci, 1 ż. płci), pozostali na miesiąc następny, 1 m. z lumbago wyszedł ze szpitala zdrowym, 1 m. z rozedmą płuc pozostał na miesiąc następny.

Nakoniec w miesiącu sprawozdawczym pozostawali chorzy z ubiegłego miesiąca 1 m. płci na nagminne zapalenie gruczołu przyuszego wyszedł zdrowym, 1 ż. płci na ostry reumatyzm stawowy pozostał na miesiąc następny, 1 ż. płci na krupowe zapalenie płuc zmarł po 2-eh dniach pobytu w szpitalu, 1 matka przy dziecku chorem na ospę.

3 m. z gruźlicą płuc pozostali na miesiąc następny.

Ogółem 191 chorych przebyli 2801 dni szpitalnych.

Zamiejscowych chorych przybyło 15 (9 m. 6 k.).

Odmownych biletów z braku miejsc wydano 3 (2 m. 1 k.).

Wykonano 1 badanie pośmiertne.

Śmiertelność miesięczna 4,71%.

Wiadomości bieżące.

— Epidemia tyfusu powrotnego w naszym mieście zwiększa się z dniem każdym. Naturalnie, wywołuje fakt ten nowe trudności w pomieszczeniu chorych z powodu braku szpitali, co bynajmniej nie dopomaga do energicznego stłumienia epidemii.

— W piątek d. 19 kwietnia b. r. o g. 8 ej wiecz. odbędzie się w lokalu Stowarzyszenia konferencya w sprawie projektu rządowego urządzenia kas chorych i pomocy lekarskiej dla ludności fabrycznej, na którą Zarząd zaprasza członków Stowarzyszenia.

— Nieśmiertelnej sławy prof. Józef LISTER w dniu 5 kwietnia r. b. obchodził 80-letnią rocznicę swoich urodzin.

Z okazji tej zawiązał się w Londynie komitet, który między innemi postanowił wydać wszystkie prace LISTER'a w zbiorowym dziele.

— W Berlinie z początkiem roku bieżącego zaczął wychodzić nowy miesięcznik p. t. „Zentralblatt f. chirurgische n. mechanische Orthopedie“ pod redakcją prof. O. VULPIUS'a i HOFFA'y.

— 17 Zjazd francuski lekarzy chorób umysłowych odbędzie się w Genewie i Lozannie pomiędzy 1—7 sierpnia r. b.

— X Zjazd imienia PIROGOWA odbędzie się w Moskwie pomiędzy 25 kwietnia a 2 maja r. b.

ZAMIĄST ŻELAZA!

ZAMIĄST TRANU

HEMATOGEN D^{ra} HOMMELA

Energiczny środek odtwarzający krew.

Silnie pobudza apetyt.

Daje wymienite wyniki w angielskiej chorobie, żółtaczce, ogólnym osłabieniu, bezkrwistości, przy osłabieniu serca i nerwów i u rekonwalescentów po zapaleniu płuc, grypie i in. chorobach.

Odznacza się przyjemnym smakiem. Doskonale przyjmują go dzieci.

Bez dodatku kwasu borowego i salicylowego i wszelkich innych środków antybakteryjnych; zawiera prócz zupełnie czystej hemoglobiny wszystkie sole świeżej krwi, a szczególnie nadzwyczaj ważne sole kwasu fosforowego (kali, natri i lecytynę), prócz tego niemniej ważne białkowe związki surowicy w czystej skoncentrowanej postaci bez żadnego rozkładu. Jako środek odtwarzający krew, dyetyczny i wzmacniający, zawierający żelazo, hematogen nie da się zastąpić przy wszystkich stanach osłabienia u dzieci i dorosłych.

Absolutny brak łaseczników gruźliczych zagwarantowany wielokrotnie opisanym przez nas sposobem przygotowania przy zastosowaniu możliwie wysokiej temperatury. Takiej gwarancji nie dają nigdy sposoby przygotowania w chłodzie (zapomocą eteru i t. d.)

—Ostrzegamy przed fałszerstwem i prosimy zawsze zapisywać **Hematogen D^{ra} HOMMELA**. —

Dawki dobowe: Dla ssawców 1—2 łyżeczek od herbaty z mlekiem (temperatura napoju); dla starszych dzieci 1—2 łyżek deserowych (czyste); dla dorosłych 1—2 łyżek stołowych na pół godziny przed jedzeniem, ze względu na wybitne własności preparatu pobudzania apetytu.

Dla pp. lekarzy, pragnących osobiście wypróbować nasz preparat wysyłamy bezpłatnie i z bezpłatną przesyłką próbne ilości.

Dostać można we wszystkich aptekach i składach aptecznych.

NIKOLA I K-o. Petersburg. Smolenska ulica 33. Zurych, Hanau nad Menem, Londyn.

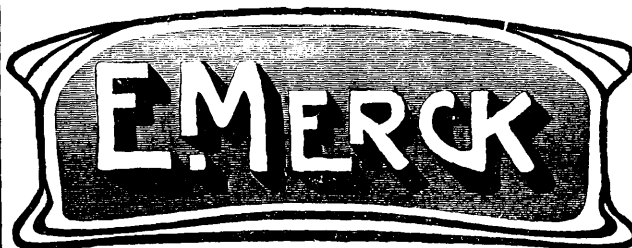
Glycosal

Tropacocain

Magnesiumperhydro

Zinkperhydro

Methylatrop. bromatum.



Surowica antydyftery-
tyczna—Merk'a
Surowica streptokoko-
wa—Menger'a
Surowica pneumokoko-
wa—Römer'a
Tyfusdiagnosticum —
Ficker'a
Jequiritol - Jequiritolae
rum.

Fabryka chemicznych preparatów, Darmstadt (Niemcy).

Fibrolysin

Nowy związek tiozinaminy, wypuszczony na sprzedaż gotowy do użytku w małych butelkach po 2,3 ctm., odpowiadających 0,2 grm. tiozinaminy służy do bezbolesnego wstrzykiwania śródmiąższowego.

Perhydro

Woda utleniona Merck'a chemicznie czysta, 100 części i ub 30 procent wagi H₂O₂. Zaleca się jako środek przeciwniejący w chirurgii, w praktyce urologicznej, usznej i dentystrycznej. Niezbędny przy leczeniu ran.

Paraneprin

Nowy preparat nadnercza, względnie nieszkodliwy i nietrujący. W połączeniu z kokainą szczególnie przydatny do znieczulenia zapomocą wstrzykiwań.

Zelatyna sterylizowana

do wstrzykiwań w rurkach po 10 i 40 grm. przygotowana z przeciwniejącymi ostrożnościami ze świeżego materiału.

RP. Dlonin 0,3 grm.

Aquae laurocerasi 15 grm. 10 krop. 3 razy dz., 20 kr. wiecz. Wskazania: bronchitis, laryngitis, gruźlica płuc. Nie ma działania ubocznego i innych pochodn. teiz.

Bromipin 10%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. Łyżeczka od kawy i więcej 2 i 3 razy dziennie (łyżeczka od kawy czyli 4 grm. bromipiny 10% = 0,4 grm. bromu = 0,6 KBr.) Wskazania: neurastenia, histerya, roztrój nerwowy. Nie ma działania ubocznego KBr.

Hämogallol

W oryginalnych pudełkach Merck'a po 100 pastylek po 0,25 grm. Dawka: 2 pastylki 3 razy dziennie przed jedzeniem. Wskazania: anemia, bladeczka, okres zdrowienia po chorobach. Działa w małych dawkach, dobrze się znosi.

Iodipin 10%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. Przyjmować od 2 do 3 łyżeczek od kawy i więcej dziennie w ciepłym mleku. (Łyżeczka od kawy czyli 4 grm. jodipiny 10% = 0,4 grm. jodu = 0,5 grm. KI. Wskazania: żółty, kaszel oskrzelowy emphyzema. Nie ma ubocznego działania KI.

Iodipin 25%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. 10 do 20 ctm. sz. dziennie jako wstrzykiwanie podskórne lub miąższowe w ciągu 10 dni i dłużej (10 ctm. sz. jodipiny 25% = 2,5 grm. jodu = 3,25 grm. KI.). Wskazania: trzeciorzędny syfilis, arterioskleroza, ischias, emphyzema. Nie ma ubocznego działania KI.

Literatura i próby dla pp. lekarzy
bezpłatnie.

Antithyreoidin Möbius

znakomity środek przeciw chorobie Basedowa, wywołuje zmniejszenie wola, częstości pulsu i oddechów jak również zmniejsza wypuklenie gałek ocznych i poprawia stan ogólny.

Veronal

Nowy znakomity środek nasenny, bez ubocznego i następczego działania właściwego innym środkom nasennym.

Dawka dla dorosłych: 0,5 grm.

Bromalin

Najlepszy środek przeciwpadaczkowy, pozbawiony wszelkich własności ubocznych. W odpowiednich dawkach działa bez porównania lepiej aniżeli inne bromki w tychże dawki podawane.

Tannoform

Środek ściągający, przeciwniejący, specyfik przeciw nocnym potom suchotników. Działa również skutecznie przeciw obfitym potom turystów, sportowców i wojskowych.

Stypticin. Zapluluje się chętnie oryginalne preparaty Merck'a. Dawka: od 3 do 5 lub 8 past. dz. Wskaz.: krwot. miesiączk., krwot. przy zatrzymanej miesią., obfite miesiączkowe krwotoki.